

# 慢病管理模式的国内外现状分析

田 华<sup>1\*</sup>, 李 沐<sup>1</sup>, 张相林<sup>2#</sup>(1. 北京大学药学院药事管理与临床药理学系, 北京 100191; 2. 中日友好医院药学部, 北京 100029)

中图分类号 R199 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)32-4465-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.32.01

**摘要** 目的: 借鉴国外慢病管理模式, 促进国内慢病管理的发展。方法: 通过检索 PubMed、中国知网、万方等数据库, 搜集国内外有关慢病管理模式的文献进行总结分析, 并对国内慢病管理提出改进方法。结果与结论: 国外慢病管理模式主要有慢病照护模式、慢病自我管理模式、延续性护理模式和英国慢病管理系统模式等; 我国慢病管理模式主要为慢病信息监测系统模式、慢病自我管理模式、社区慢病健康管理模式和社区慢病临床路径管理模式等。借鉴国外经验, 我国慢病管理模式取得了一定进展, 但仍需从临床信息系统、卫生系统、患者自我管理、社区资源和政策支持等方面进行改进。

**关键词** 慢病管理; 模式; 现状; 国内; 国外

## Analysis of Current Situation of Chronic Disease Management Model in the Domestic and Overseas

TIAN Hua<sup>1</sup>, LI Shu<sup>1</sup>, ZHANG Xianglin<sup>2</sup>(1. Dept. of Pharmacy Administration and Clinical Pharmacy, School of Pharmaceutical Sciences, Peking University, Beijing 100191, China; 2. Dept. of Pharmacy, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To draw lessons from chronic disease management model in the overseas, and to promote chronic disease management in China. METHODS: Retrieved from PubMed, CNKI, Wanfang database, etc., the literatures about chronic disease management model were summarized and analyzed. The improvement methods were put forward for domestic chronic disease management. RESULTS&CONCLUSIONS: The chronic disease model in the overseas mainly included chronic care model, chronic disease self-management model, transitional care model and British chronic disease management system model, etc. In China, chronic disease management model mainly included chronic disease information monitoring system model, chronic disease self-management model, community chronic disease health management and community chronic disease clinical pathway management model, etc. Referring overseas experience, Chronic disease management make certain progress and still should be improved from aspects of clinical information system, health system, patient self-management, community resource and policy support, etc.

**KEYWORDS** Chronic disease management; Model; Current situation; Domestic; Overseas

慢性非传染性疾病(Chronic non-communicable diseases, NCDs) 又称慢病, 是一类起病隐匿、潜伏期长、病程长且缓慢、病情迁延不愈、缺乏确切的生物病因证据、无明确“治愈”指征的疾病总称<sup>[1]</sup>。常见慢病主要有心脑血管疾病、糖尿病、恶性肿瘤和慢性阻塞性肺疾病等。据预测, 到2030年, 全球慢病相关的总死亡人数将上升到世界总死亡人数的70%<sup>[2]</sup>。随着我国人口老龄化的加剧, 慢病发病人数快速上升, 慢病导致的死亡人数已占到我国总死亡人数的85%, 其疾病负担已占我国总疾病负担的70%<sup>[3]</sup>。慢病已不再只是公共卫生问题, 而是影响国家经济和社会发展的重大问题, 加强慢病管理(Chronic disease management, CDM) 变得至关重要。

CDM是指组织慢病专业医师、药师、护师和营养师等作为一个医疗团队, 为慢病患者提供全面、连续、主动的管理, 以达到促进健康发展、延缓疾病进程、降低伤残率、提高生活质量并减少医药费用的一种科学管理模式<sup>[4]</sup>。CDM的提出是“健康管理”概念在慢病中实际应用的体现。1978年美国密执安大学提出“健康管理”概念, 成立健康管理研究中心, 收集个人

健康信息并实施健康评价和健康促进计划, 使美国居民冠心病、高血压等慢病的发病率大幅度下降<sup>[5]</sup>。21世纪初该概念传入中国后, 伴随着健康体检机构的出现, 生活方式方面的治疗成为了慢病一级预防(病因预防)和二级预防(临床前期预防)的基础。笔者借鉴国外CDM模式, 分析国内CDM模式的发展现状, 提出需要改进的问题, 为促进我国CDM的发展提供建议。

### 1 国外CDM模式现状

通过检索 PubMed 数据库, 搜集国外 CDM 模式资料可以发现, 国外 CDM 模式主要有慢病照护模式(Chronic care mode, CCM)、慢病自我管理模式(Chronic disease self-management, CDSM)、延续性护理模式(Transitional care mode, TCM)和英国 CDM 系统模式; 还有一些模式常和以上主要模式相配合, 如同伴支持管理模式(Peer support programs to manage chronic disease)、专业人员指导的团体交流管理模式(Professional-led group visits)和同伴辅导等。

#### 1.1 CCM

美国学者 Wagner EH<sup>[6]</sup>在 1998 年提出了 CCM, 这是一种在患者、医务工作者和医疗政策共同干预基础上进行的 CDM 模式, 需六大要素[社区资源和政策支持、卫生系统、临床信息

\* 硕士研究生。研究方向: 临床药理学。电话: 010-84205563。E-mail: tianhua1990@126.com

# 通信作者: 主任药师。研究方向: 临床药理学。电话: 010-84205563。E-mail: zryhyyzxl@126.com

系统的数据管理、卫生服务提供系统设计(团队成员任务、随访计划制订等)、共同决策、患者自我管理<sup>[7]</sup>的重塑和整合,以促进两大核心(“对自身健康状况知情且积极参与管理”的患者以及“有准备”的医疗团队)的有效交互作用。其主旨是在正确的时间、正确的地点、为明确的患者提供正确的照护,实现资源的优化利用<sup>[8]</sup>。2002年,世界卫生组织(WHO)根据CCM的扩展和延伸,提出了慢病创新照护模式(Innovative care for the chronic conditions, ICC<sup>2</sup>)<sup>[9]</sup>,包括3个层次:微观层次(患者及家属)、中间层次(卫生照护机构及社区)和宏观层次(政策及财务资源筹措)。ICCC在以患者、卫生照护团队、社区三位一体之合作关系为中心的同时,关注到了CDM会受到卫生照护组织、社区及正向政策环境的影响。2011年,全美又开展了改善慢病保健项目(Improving chronic illness care, ICIC)<sup>[10]</sup>,它在CCM的六大要素中补充了5个观点:①在卫生系统中加入患者安全性相关内容;②卫生服务提供系统设计中考虑患者的文化水平和思想观念等承受力;③卫生服务提供系统设计中增加个案管理;④卫生系统和临床信息系统的管理数据中增加照护协调;⑤社区资源和政策支持系统中补充社区相关政策。将医学照护与健康服务提供系统结合起来,可使慢病患者在任何环境中都能得到及时诊断和治疗。

CCM已被广泛应用于多种慢病的健康管理,是目前被研究最多的一种模式,也是之后衍生的一些CDM模式的基本参考模型<sup>[11]</sup>。该模式有利于医师、护师、药师等团队成员相互协作制订出CDM计划,提高社区医务人员的责任感,满足患者各种复杂的照护要求,并帮助患者发挥自我管理的作用,从而提高慢病照护的水平。CCM最常使用在门诊护理单元及个案管理上,是美国、澳大利亚等国家CDM的主要形式<sup>[12]</sup>。但在目前的实施过程中,一些患者还不能做到很主动、有计划地参与到CDM中,仍然存在发生实际健康问题后才去就医的现象<sup>[13]</sup>。提示需利用多学科合作的长期、固定的CDM团队做好一级预防工作,引导患者融入到“患者-照护提供者”的交互作用中,以降低再入院率、缩短住院时间。

## 1.2 CDSM

CDSM起源于20世纪五六十年代的美国,旨在训练患者具备以下技能:处理压力、管理和监控疾病的症状、完成一切必要的生物医学任务,并配合卫生保健人员的工作<sup>[14]</sup>,典型代表是美国斯坦福大学患者教育研究中心的慢病自我管理项目(Chronic disease self-management program, CDSMP)。该项目以自我效能为理论框架进行设计,通过患者健康教育项目,着重提高其管理疾病的自信心,即自我效能,并通过行为改善和情绪控制最终改善患者的健康状况,促进其功能恢复,在自我效能、自我管理行为、健康结局和卫生资源利用等方面都有比较满意的效果<sup>[15-16]</sup>。基于美国的CDSMP理念,2001年英国卫生部提出了“有经验患者计划(Expert patients programme, EPP)”,并把该计划整合到了国民医疗服务制度中,取得了初步的成效<sup>[17]</sup>。其中,“有经验患者”是指某种慢病患者不仅具有对所患疾病的具体知识,而且能够作为同种疾病病友团队的领导,以同伴支持管理模式与CDSM相配合,通过开展患者间的相互教育和团队活动,使团队中的其他患者能够开展自我保健,识别疾病发生、发展的信号和身体的变化反应,自我调节疾病对身心和社会活动造成的影响。

目前美国、英国等已将CDSMP作为一种常规的社区服务,由政府出资提供给愿意参加的患者和家属<sup>[18]</sup>。而对于没有意识主动参加健康教育项目的患者,CDSMP的实施就在于卫生保健人员随意主动寻找患者宣教,有的卫生保健系统对此

会给予卫生保健人员奖励,但由于缺乏患者自我效能提高的标准方法学评价体系,也就不能真正促进患者的CDM<sup>[19]</sup>。在政府投入方面,CDM和CDSMP由理论的互补关系变成了竞争关系,也影响了CDSMP的顺利实施<sup>[20]</sup>。提示需重视患者基本的健康教育,通过增加患者对疾病的认知,激发他们在CDM中的主动性,进而主动参加CDSMP,同时CDSM的成果评价可以作为今后CDM的研究点。

## 1.3 TCM

TCM是19世纪50年代提出的在不同健康服务系统或相同健康服务系统的不同条件下,为住院或出院患者提供的一种有序、协调、持续的治疗与照护行为<sup>[21-22]</sup>。它强调通过健康照护者与患者之间的交流、协调和合作来避免照护行为的中止与中断,降低患者再入院率和不良事件发生率。常见的TCM具体模式有:出院计划、过渡护理、个案管理、家庭医生协调模式<sup>[23]</sup>。2001—2007年,美国国立卫生研究院的护理研究会(National institute of nursing research, NINR)针对出院患者开展了数次延续性照护服务和组织计划,将“延续性”归纳为三大核心内容:患者信息的延续性、照护协议的管理延续性和照护关系的延续性<sup>[24]</sup>。

但在TCM相关试验引入到实践的过程中,人们发现,该模式缺乏足够且详细的实施步骤描述和框架性的评价体系,其有效性仍需进一步考察<sup>[25-26]</sup>。提示今后的TCM研究应着重明确延续性护理的全部内容,规范延续性护理的流程及指南评价体系,为TCM的实施打好理论基础。

## 1.4 英国CDM系统模式

这是英国等欧洲国家对CDM的主要方式,主要组成要素为:社区、卫生保健系统、自我管理支持、工作流程设计、政策支持和医疗信息系统<sup>[14]</sup>。这些组成要素类似于美国的CCM,不同之处是英国的医疗卫生服务体系(National health service, NHS)实行分级保健制,约90%患者的就医发生在初级卫生保健层面<sup>[27]</sup>,在政策和管理实施上都更加重视社区CDM人员的团队协作,执行者不再主要是初级(社区)卫生保健机构的全科医师(General practitioner, GP),而是GP领导其他照护人员(社区药师、护师等)的团队<sup>[28]</sup>。与其他模式相比,该模式尤其重视社区药师的作用,在政策层次上将社区药师作为慢病患者健康照护的重要提供者,减少了GP工作量,整合了医疗资源,使患者获得了更多CDM机会<sup>[27]</sup>。2005年,NHS提出社区药师能提供基本(Essential)药学服务、高级(Advanced)药学服务和增值(Enhanced)药学服务<sup>[29]</sup>,其中增值药学服务就包括CDM,药房和药师都必须经过额外的认证和考核才能实施。2011年,NHS又开展了新医疗服务(New medicine service),要求社区药师对第一次服用某种药物的慢病患者进行密切药学监护,以保证药物使用的安全、有效性<sup>[30]</sup>。2013年,苏格兰NHS开展的慢病用药服务(Chronic medication service)也明确指出了社区药师在患者个体化CDM中的角色和作用<sup>[31]</sup>。值得说明的是,NHS对社区药师提供的CDM服务采取的是付费模式,从而促进了社区药师服务开展的广泛性。

## 2 国内CDM模式现状

检索中国知网、万方数据库可得,我国CDM模式主要为慢病信息监测系统模式、CDSM、社区慢病健康管理模式和社区慢病临床路径管理模式等<sup>[32]</sup>,总体呈现出生理干预、心理干预和社会干预等多模式综合管理的趋势,确立了“政府领导、全民参与、预防为主、防治结合、积极启动、稳步推进”的指导思想,力争做好临床医学和公共卫生的整合,从而真正实现一、二、三级预防(三级预防即临床预防)的结合<sup>[13,33]</sup>。

## 2.1 慢病信息监测系统模式

慢病信息监测系统主要是对慢病的病例报告、随访及相关信息的采集、管理、分析和利用<sup>[34]</sup>。我国从1982年建立的“综合疾病监测系统”到1996年建立的针对慢病的“行为危险因素监测系统”<sup>[13,32]</sup>,再到“新医改”提出的“建立实用共享的医药卫生信息系统”,将国家、省、区域(地市或县级)三级卫生信息共享平台作为横向联系的枢纽,通过居民电子健康档案、电子病历两大基础数据库和居民健康卡媒介,促进了健康信息资源的储备和共享;而且,拟建立“医院诊疗-社区管理-疾控监测”三位一体的协同工作模式,并以“开展试点-抽样监测-全国覆盖”3个发展步骤来实现“分步实施、逐步覆盖”的健康发展策略<sup>[34]</sup>。预计到2020年,我国能建立完善、能共享、覆盖城乡的全国卫生信息化网络和应用系统<sup>[35]</sup>。

## 2.2 CDSM

CDSM能尽快改变患者及家庭成员普遍缺乏自我管理知识、技能的不良局面,既符合我国国情,又具有成本效益好、能同时覆盖大量慢病患者等优点,对于我国的慢病防治有着重要的意义<sup>[17]</sup>。我国慢病自我管理研究起步较晚,20世纪90年代中期,借鉴美国创建的CDSMP经验,才建立了我国本土化的“上海慢病自我管理项目”,但主要是由医护人员在医院集中教授知识的被动式教学,缺乏系统性,大多为指导患者进行自我护理和经验性总结<sup>[17,36]</sup>。之后,自我管理教育形式不断优化,发展为以社区为基础、由非专业志愿人员授课(社区健康讲座和发放健康资料等群体教育形式),形成社区、社区卫生服务中心、疾控机构和高校学者多方“共同参与型”的模式<sup>[37]</sup>。自2009年开始,慢病自我管理在全国范围内开始推广<sup>[38]</sup>;2010年,国家卫生行政部门将其纳入了“国家慢性病综合防控示范区”项目考评范围,这也意味着该模式在我国得到了较好的政策支持<sup>[39]</sup>。

## 2.3 社区慢病健康管理模式

社区卫生服务机构具有社会保障性、医疗服务专业性、就诊便利性等优势,是承担初级卫生保健和实施基本公共卫生服务的主要场所<sup>[40]</sup>。社区慢病健康管理是以GP为核心,包括社区护师、药师、心理咨询师、健康管理师、营养师等,对社区健康人群、疾病人群的健康危险因素进行全面监测、分析、评估、预测、预防、维护 and 发展的个人和家庭技能的全过程。有效的社区CDM依赖于健全的管理网络、良好的群众基础和团队协作<sup>[41]</sup>。该模式在慢病防控工作中发挥着不可替代的作用,能有效阻断慢病的发展进程,提高居民的健康水平和生活质量<sup>[42]</sup>。目前,我国的CDM主要集中在社区卫生服务中心,以慢病并发症三级预防和康复为主,社区卫生服务机构的数量和服务水平都有了显著提高,侧重于对患者危险因素的干预指导、随访以及健康教育,GP已成为真正的“居民健康守门人”<sup>[43]</sup>。

## 2.4 社区慢病临床路径管理模式

社区慢病临床路径管理是借鉴临床路径的思路,由预防、医疗、管理、社区专家针对慢病长期管理的特点,共同制定的一种具有适宜性、方向顺序性和时限性的社区慢病干预模式<sup>[44]</sup>。我国引入临床路径进行社区CDM后,已对2型糖尿病、高血压、冠心病、脑卒中进行了社区临床路径、照顾路径和双向转诊路径的研制与应用评价<sup>[45]</sup>。通过该模式实施有预定计划的社区临床诊疗护理,既保证了治疗效果,节约了医疗费用,又可及时、合理地进行双向转诊,从而有效地提高服务质量和患者满意度,降低不必要的医疗浪费,并可降低社区CDM的难

度,减轻工作压力<sup>[46]</sup>。

## 3 讨论

由以上分析可见,一个有效的CDM系统需要借鉴美国CCM、英国CDM系统中的六大要素协调和整合。从这六大要素角度出发,国内开展的CDM模式取得了一定进展,也存在着一些问题,需要不断改进与完善:(1)临床信息系统方面。我国的慢病信息监测系统正在不断完善,但社区动态资料不足、管理资料不齐,需加强卫生信息技术支持,为CDM提供硬件基础。(2)卫生系统方面。社区慢病临床路径管理模式有利于实施社区-医院之间分级管理,实现医院与社区由“竞争”变为“互补”的局面,既利于社区首诊制度的开展,又利于双向转诊制度的落实<sup>[42]</sup>。(3)患者自我管理方面。继续鼓励慢病自我管理模式中形式的多样化和政策上的支持,并加强社区药师的作用,定期为患者提供个体化、有计划、有针对性的用药咨询及药品常识讲座,追踪随访药物治疗的依从性和效果,减轻GP的工作量和压力,为CDM奠定良好的群众基础<sup>[27]</sup>。(4)社区资源支持和政策支持方面。我国目前的CDM工作量大、任务重,社区卫生服务机构资源缺位<sup>[32]</sup>。社区慢病健康管理模式中需加强政策的落实,配备足量且稳定的CDM人员,并通过各种措施提高其专业能力、沟通能力和决策能力,充分利用社区资源,加大CDM的社区宣传,并制定合理的分配机制以提高其工作积极性<sup>[41]</sup>。(5)卫生服务提供系统设计方面。应加强团队协作,进行明确分工。我国目前的CDM服务团队角色模糊、职责不清,大部分工作都由医务人员共同完成,各成员间较少就患者情况进行沟通与探讨,协作管理未能真正实现,也难以保证工作效率。故需要正确分析团队的工作内容,对全科医师、药师、护师进行科学分工,并制定出评价工作成效的标准体系<sup>[43]</sup>。

## 参考文献

- [1] Rothenberg RB, Koplan JP. Chronic disease in the 1990s [J]. *Annu Rev Public Health*, 1990, 11(1):267.
- [2] Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030[J]. *PLoS Med*, 2006, 3(11):e442.
- [3] 田石宝,岳明,张恒. 慢病管理系统的设计[J]. *中国病案*, 2014, 15(4):49.
- [4] 梁长秀. 慢病管理中健康管理的应用[J]. *中国社区医师:医学专业*, 2011, 13(265):211.
- [5] 周芬,孙玉梅. 健康管理在慢性非传染性疾病管理中的应用[J]. *中国全科医学*, 2008, 11(1):42.
- [6] Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?[J]. *Eff Clin Pract*, 1998, 1(1):2.
- [7] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness[J]. *JAMA*, 2002, 288(14):1775.
- [8] Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action[J]. *Health Aff: Millwood*, 2001, 20(6):64.
- [9] World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report[R]. 2002.
- [10] Piette JD, Holtz B, Beard AJ, et al. Improving chronic illness care for veterans within the framework of the pa-

- tient-centered medical home: experiences from the Ann Arbor Patient-Aligned Care Team Laboratory[J]. *Transl Behav Med*, 2011, 1(4):615.
- [11] Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review[J]. *Glob J Health Sci*, 2015, 7(2):210.
- [12] Gammon D, Berntsen GK, Koricho AT, *et al*. The chronic care model and technological research and innovation: a scoping review at the crossroads[J]. *J Med Internet Res*, 2015, 17(2):e25.
- [13] Frei A, Chmiel C, Schlapfer H, *et al*. The chronic care for diabetes study (CARAT): a cluster randomized controlled trial[J]. *Cardiovasc Diabetol*, 2010, 9(1):23.
- [14] 葛卫红, 谢茵. 慢病管理现状[J]. *药学与临床研究*, 2012, 20(6):479.
- [15] 刘鹏飞, 汪涛, 王宜芝. 慢性疾病自我管理的研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2006, 41(4):354.
- [16] Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, *et al*. Effect of a self-management program on patients with chronic disease[J]. *Eff Clin Pract*, 2001, 4(6):256.
- [17] 常精华, 孙利华. 发达国家疾病管理的实施状况及启示[J]. *卫生经济研究*, 2007(11):24.
- [18] 张丽丽, 董建群. 慢性病患者自我管理研究进展[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2010, 18(2):207.
- [19] Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P, *et al*. Chronic disease management programmes: an adequate response to patients' needs?[J]. *Health Expect*, 2014, 17(5):608.
- [20] Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, *et al*. Collaborative management of chronic illness[J]. *Ann Intern Med*, 1997, 127(12):1097.
- [21] Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, *et al*. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2004, 52(5):675.
- [22] King M, Jones L, McCarthy O, *et al*. Development and pilot evaluation of a complex intervention to improve experienced continuity of care in patients with cancer[J]. *Br J Cancer*, 2009, 100(2):274.
- [23] 张脉粼, 李青文. 延续性护理的临床研究进展[J]. *沈阳医学院学报*, 2014, 16(2):114.
- [24] 张兰凤, 叶赞, 刘敏杰. 延续性护理在癌症出院患者中的实践研究进展[J]. *中国护理管理*, 2012, 12(11):91.
- [25] Wee SL, Vrijhoef HJ. A conceptual framework for evaluating the conceptualization, implementation and performance of transitional care programmes[J]. *J Eval Clin Pract*, 2015, 21(2):221.
- [26] Roper KL, Ballard J, Rankin W, *et al*. Systematic review of ambulatory transitional care management (TCM) visits on hospital 30-day readmission rates[J]. *Am J Med Qual*, 2015, doi:1062860615615426.
- [27] 陈蓉, 游一中, 邵志高, 等. 英格兰社区药师的药学服务及对国内药师参与慢病管理的启示[J]. *中国医院药学杂志*, 2015, 35(17):1612.
- [28] Erler A, Bodenheimer T, Baker R, *et al*. Preparing primary care for the future-perspectives from the Netherlands, England, and USA[J]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*, 2011, 105(8):571.
- [29] Mossialos E, Courtin E, Naci H, *et al*. From "retailers" to health care providers: transforming the role of community pharmacists in chronic disease management[J]. *Health Policy*, 2015, 119(5):628.
- [30] NHS England. *Q&A about the new medicine service (NMS)* [EB/OL]. (2015-11-17) [2015-12-10]. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/pharmacists/Pages/medicine-service-qa.aspx>.
- [31] NHS inform. *The NHS chronic medication service at your local pharmacy: a service for people with a long-term condition* [EB/OL]. (2013-09-01) [2015-12-10]. <http://www.gov.scot/resource/0043/00433677.pdf>.
- [32] 赵欣. 慢病管理的现状与发展方向[J]. *中国临床医生*, 2012, 40(3):42.
- [33] 丁全, 陈世财. 临床药师在慢病管理中的作用[J]. *中国健康教育*, 2015, 31(1):90.
- [34] 马家奇. 国家水平重点慢病监测信息系统规划与设计[J]. *中国卫生信息管理杂志*, 2012, 9(3):32.
- [35] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[J]. *中国劳动保障*, 2009(5):48.
- [36] 陆伟江, 杨虹. 社区慢性病患者自我管理方法应用进展[J]. *应用预防医学*, 2015, 21(5):362.
- [37] 阮晓楠, 傅东坡, 傅华. 浦东新区糖尿病自我管理健康教育项目实施效果评价[J]. *中国全科医学*, 2009, 12(15):1400.
- [38] 白雅敏, 王卉呈, 董建群, 等. 慢性病预防控制适宜技术的发展与应用[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2010, 18(6):651.
- [39] 吕扬, 李峥, 王敏. 慢性病自我管理领域研究现状、热点与前沿的可视化分析[J]. *护理学报*, 2013, 20(7B):1.
- [40] 罗秀. 慢性病管理中的双向转诊机制[J]. *川北医学院学报*, 2013, 28(3):229.
- [41] 张永建, 季建隆, 谢成渝, 等. 社区健康服务中心慢病管理效果及分析[J]. *中华全科医学*, 2011, 9(1):130.
- [42] 王庆庆. 以卫生信息化为支撑的社区健康管理模式研究[D]. 苏州: 苏州大学, 2013.
- [43] Li H, Fuller J, Sun M, *et al*. A brief review of research on chronic disease management based on collaborative care model in China[J]. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao: Yi Xue Ban*, 2014, 39(11):1196.
- [44] 柳胜生, 范玉成, 杨永辉. 基于健康档案的区域慢病协同信息化管理实践与探索[J]. *中国公共卫生管理*, 2012, 28(5):561.
- [45] 祝松, 刘幼英. 从国内医疗市场现状看临床路径的应用[J]. *华南国防医学杂志*, 2005, 19(3):59.
- [46] 何江燕. 建立社区慢性病临床路径管理模式探讨[J]. *中国社区医师: 综合版*, 2006, 8(145):127.

(收稿日期:2016-01-11 修回日期:2016-07-06)

(编辑:胡晓霖)